
RICHARDSVILLE ELEMENTARY SCHOOL

Estimado Padre /Guardián:

Nuestra escuela toma parte en la Opción de Elegibilidad de Comunidad bajo el Programa Nacional de Comida escolar. La provisión del director general es dirigida hacia escuelas con un porcentaje alto de estudiantes económicamente desventajados. Bajo el director general todos los estudiantes reciben un desayuno/almuerzo gratis todo el año escolar. Sin embargo, para determinar elegibilidad a recibir beneficios adicionales para su niño(s) deberá completar la forma de casa e ingresos.

1. ¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA HIJO? No. *Use una Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, asegúrese de completarla con toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa de Richardsville.
2. MIS HIJOS YA RECIBEN COMIDAS GRATUITAS EN Richardsville. ¿POR QUE DEBO COMPLETAR ESTA SOLICITUD TAMBIEN? Muchos programas estatales y federales utilizan estatus socioeconómica (que es, información de casa e ingresos) para determinar elegibilidad para sus programas. Además, la calculación primaria de fondos del estado utiliza el estatus socioeconómica. Completando esta forma, su escuela puede determinar elegibilidad para programas adicionales que su niño(s) pueden calificar. Sin embargo, su niño(s) todavía recibirá comidas gratuitas en RICHARDSVILLE.
3. ¿A QUIÉNES DEBERÍA INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA? Debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar, emparentados o no (como abuelos, otros familiares o amigos) que compartan ingresos y gastos. Se debe incluir usted mismo y todos los hijos que vivan con usted. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a quienes no mantiene, que no comparten sus ingresos con usted o sus hijos y que pagan una cuota prorrateada por los gastos), no las incluya.
4. ¿QUÉ SUCEDE SI MI INGRESO NO ES SIEMPRE EL MISMO? Apunte el monto que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1000 por mes, pero si faltó al trabajo el último mes y sólo recibió \$900, ponga que recibió \$1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no lo haga si solamente trabaja horas extras de vez en cuando. Si ha perdido un trabajo o le han reducido su horario o salario, utilice su ingreso actual.
5. ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿INCLUIMOS NUESTRO SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESO? Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base, debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda para Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso.
6. MI CÓNNYUGE ESTÁ DESTINADO EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿SU PAGO POR COMBATE CUENTA COMO INGRESO? No, si el pago por combate lo recibe adicionalmente a su pago básico por su despliegue y no lo recibió antes de ser destinado, el pago por combate no cuenta como ingreso. Contacte a su escuela para más información.

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: 270-777-3232 OR 270-777-3678.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD

Sección 1: Todos los Miembros de la Familia (**un miembro de la familia es cualquier niño o adulto que viva con usted**): Todos los solicitantes deben completar esta parte. Escriba el nombre de cada miembro de la familia, el nombre de la escuela a la cual asiste cada niño y el grado de cada uno. Si el niño es un niño acogido, marque la caja para niño acogido. Si un miembro de la familia no tiene ingreso, marque la caja sin ingreso. Todos los miembros de la familia, incluyendo los niños acogidos, deben ser incluidos aquí. Si necesita más espacio, incluye una hoja separada.

Si alguien en su familia recibe beneficios de **KTAP or SNAP**, siga las siguientes instrucciones.

Sección 2: Incluya el número de caso para uno de los miembros de familia (adulto o niño) que recibe beneficios de **KTAP or SNAP**.

Sección 3: Omita esta parte.

Sección 4: Omita esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

Si presenta la solicitud por un niño que **está sin hogar, es migrante o se escapó de su hogar**, siga las siguientes instrucciones.

Sección 2: Omita esta parte.

Sección 3: Marque la categoría adecuada y llame a Casey Campbell.

Sección 4: Omita esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

Si presenta la solicitud *solamente* por uno o varios **niño(s) acogidos**, siga las siguientes instrucciones. **No** necesita completar una solicitud separada para cada niño acogido en su familia. (Si hay niños acogidos y niños que no son acogidos en su familia, siga las instrucciones de abajo para todas las otras Familias).

Si **todos** los niños en la familia son marcados como niños acogidos en la Sección 1:

Sección 2: Omita esta parte.

Sección 3: Omita esta parte.

Sección 4: Omita esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

TODAS LAS OTRAS FAMILIAS, incluyendo familias de **WIC** y familias con niños acogidos igual que familias con niños que no son acogidos, siga las siguientes instrucciones:

Sección 2: Omita esta parte.

Sección 3: Si completa la solicitud para algún niño sin hogar, migrante o que se escapó del hogar marque la caja apropiada y llame a Richrardsville. De no ser así, omita esta parte.

Sección 4: Siga las siguientes instrucciones para reportar el ingreso total de la familia en este mes o el anterior.

- **Sección 1–Nombre:** Incluye a todos los miembros de la familia que reciben un ingreso.
- **Sección 2 –Ingreso Antes de Impuestos y con qué frecuencia se reciben:** Incluye el ingreso de cada miembro de la familia. Marque la caja para la frecuencia con la cual la persona recibe el ingreso—semanal, semana de por medio, dos veces al mes o mensual.
 - **Ingresos de Trabajo:** Incluye el **ingreso antes de impuestos**, no el pago neto. El ingreso antes de impuestos es el total ganado *antes* de deducciones. Debería poder encontrarlo en su talón de pago o su jefe puede decírselo. El ingreso neto *solo* debe ser informado si tiene su propio negocio, granja o ingreso por alquileres.
 - **Subsidio del Estado, Manutención Infantil, Pensión Alimenticia:** Incluye el total que cada persona recibe y marque la caja para informarnos la frecuencia.
 - **Pensiones, Retiro, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), beneficios de Veteranos y beneficios por incapacidad.** Marque el total que recibe cada persona, y marque la caja de la frecuencia con la cual lo reciben.
 - **Otros Ingresos:** Incluye la Compensación Laboral, beneficios de desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba semanalmente, cada semana de por medio, dos veces al mes, mensual, trimestralmente o de forma anual. No incluya el ingreso de KTAP, SNAP, WIC, beneficios Federales de educación y pagos de niños adoptivos recibidos por su familia de parte de la agencia de colocación.
 - Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

Sección 5: Un miembro adulto de la familia debe firmar este formulario.

FORMA DE INGRESOS DE CASA

Richardsville Elementary está participando en la Opción de Elegibilidad de Comunidad (CEO) bajo el Programa Nacional de Comida escolar. Bajo el CEO, **todos** los estudiantes reciben desayuno/almuerzo gratuito a pesar de ingresos ni terminación de esta forma. Sin embargo, para determinar elegibilidad para varios beneficios de programas estatales y federales adicionales que su niño (s) puede calificar, por favor complete, firme y regrese esta aplicación a **Richardsville Elementary**.

SECCIÓN 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de <u>todas</u> las personas que viven en su hogar (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste el niño, o indique "NA" si el miembro de la familia no está en la escuela	Grado	Marque si es un niño acogido (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte.) Si todos los niños listados abajo son niños acogidos, pase a la Sección 5 para firmar este formulario.	Marque si NO tiene ingreso
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 2. BENEFICIOS

SI **ALGÚN** MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE **KTAP o SNAP**, PROPORCIONE EL NOMBRE Y NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS Y **PASE A LA SECCIÓN 5**. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, AVANCE A LA SECCIÓN 3.

NOMBRE: _____

NÚMERO DE CASO: _____

SECCIÓN 3. SIN HOGAR, MIGRANTE, ESCAPADO

SI PRESENTA LA SOLICITUD PARA UN NIÑO SIN HOGAR, MIGRANTE O QUE SE ESCAPÓ DEL HOGAR, MARQUE LA CAJA CORRESPONDIENTE Y LLAME A : 270-777-3678.

SIN HOGAR MIGRANTE ESCAPADO

PARTE 4. INGRESO TOTAL DEL HOGAR ANTES DE IMPUESTOS (ANTES DE DEDUCCIONES). INCLUYE TODOS LOS INGRESOS EN LA MISMA LÍNEA PARA LA PERSONA QUE LOS RECIBE. Marque la caja para la frecuencia con la cual los recibe. REGISTRE CADA INGRESO SÓLO UNA VEZ. SI PROPORCIONÓ UN NÚMERO DE CASO EN LA SECCIÓN 2, **no necesita brindar información de ingreso.**

1. NOMBRE (Escriba solo los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO TOTAL Y FRECUENCIA CON LA CUAL SE RECIBE															
	Ingreso por trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Subsidio del Estado, Manutención Infantil, Pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, retiro, Seguro Social SSI beneficios a VA	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todo Otro Ingreso (indique frecuencia, como "semanal" "mensual" "trimestral" "anual")
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50 / trimestral
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____

SECCIÓN 5. FIRMA (DEBE FIRMAR UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basándose en la información que brindo. Comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy información falsa de forma intencional, mis hijos pueden perder los beneficios.

Firme aquí: _____ Escriba el nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____

Privacy Notice

The Kentucky Department of Education is requiring schools to collect the information on this form. You do not have to give this information, but if you do not, we cannot determine your child's eligibility for additional benefits under state and federal programs. We will hold the information you provide us as private and confidential to the extent required by law. However, we will share your socioeconomic status with various state and federal programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules. Regardless, all students enrolled in a Community Eligibility Option school will receive a meal at no charge.

Aviso de Privacidad

El Departamento de Educación de Kentucky requiere las escuelas a coleccionar la información en esta forma. Usted no tiene que dar esta información, pero si usted no la da, nosotros no podemos determinar la elegibilidad de su niño para beneficios adicionales bajo programas estatales y federales. Tendremos la información que usted nos proporciona como privado y confidencial hasta el punto requerido por ley. Sin embargo, nosotros compartiremos su estatus socioeconómica con varios programas estatales y federales para ayudarlos a evaluar, dar fondo, o determinar los beneficios para sus programas, los auditores para revisiones de programa, y funcionarios de la ley a ayudarlos con la busca de infracciones de reglas de los programas. A pesar de todo, todos los estudiantes matriculados en una escuela de Opción de Elegibilidad de Comunidad recibirán una comida gratuita.

Non-Discrimination Statement: In accordance with Federal Law and U.S. Department of Education policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write U.S. Department of Education, Office for Civil Rights, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 or call (215) 656-8541 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact U.S. DOE through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). The U.S. Department of Education is an equal opportunity provider and employer.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si considera que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Educación de los Estados Unidos, se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o incapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a U.S. Department of Education, Office for Civil Rights, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323, o llame gratis al (215) 656-8541 (voz). Personas con incapacidad auditiva o del habla nos pueden contactar por medio del Servicio Federal de Relevó (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). El Departamento de Educación de los Estados Unidos es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

LISTA DE CHEQUEO

- ¿Has incluido a todos los hijos como miembros de casa?
- ¿Para cada miembro de casa recibiendo ingresos, has marcado la caja de frecuencia?
- ¿Has firmado la aplicación?

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA. (DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.)

ANNUAL INCOME CONVERSION: WEEKLY X 52; EVERY 2 WEEKS X 26; TWICE A MONTH X 24; MONTHLY X 12

TOTAL INCOME: _____ PER: WEEK EVERY 2 WEEKS TWICE A MONTH MONTH YEAR HOUSEHOLD SIZE: _____

CATEGORICAL ELIGIBILITY: ___ DATE WITHDRAWN: _____ SES CODE: FREE ___ REDUCED ___ PAID ___

REASON: _____

FRAM COORDINATOR: _____ DATE: _____

SECONDARY SIGNATURE: _____ DATE: _____

Household and Income Form

Año Escolar 2015-2016

Carta a las Familias